

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題と対策を示したものです。

健康課題	対策	対応する保健事業
<p>◆生活習慣病で医療機関を受診している患者は被保険者の約5割である。</p> <p>◆特定健診受診者と未受診者の生活習慣病一人当たりの医療費は未受診者が高い。</p>	<p>特定健診新規受診者を増やすことで潜在化している対象者の掘り起しや、把握した対象者に対する保健指導を行い、生活習慣改善を図ることが必要である。</p>	<p>①特定健康診査受診勧奨事業</p> <p>②特定保健指導事業</p> <p>⑥特定保健指導未利用者対策事業</p>
<p>◆人工透析患者のうち約6割がⅡ型糖尿病を起因として透析となる、糖尿病性腎症である。</p>	<p>糖尿病は無自覚なまま進行し重症化しやすいため、血糖値が基準値よりも高い段階で精密検査を受診することや、早期に保健指導を行い生活習慣改善をすることで、糖尿病の重症化を防止し人工透析への移行を防ぐ。</p>	<p>③糖尿病重症化予防訪問指導事業</p> <p>④糖尿病予防セミナー</p>
<p>◆健診異常値放置者が約900人となっている。</p>	<p>特定健診の健診の結果、受診勧奨判定値以上であるにも関わらず、放置者が存在する。医療機関への受診勧奨を行うことで適切に医療へつなぎ重症化を予防する。</p>	<p>⑤健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業</p>
<p>◆特定健診受診者のうちメタボ該当者(予備群を含む)の割合が約3割である。</p> <p>◆「生活習慣改善意欲」の「生活改善意欲なし」の割合が県よりも高い。</p>	<p>運動や適切な食べ方についての保健指導や啓発により、積極的な生活習慣病の一次予防を図ることが必要である。</p>	<p>②特定保健指導事業</p> <p>⑦ヘルスアップセミナー</p>
<p>◆40歳未満男性受診者のうち、メタボ該当者(予備群を含む)の割合は約25%である。</p>	<p>20～30歳代の早い段階から、生活習慣病の予防・改善を図ることが重要である。</p>	<p>⑧さわやか健診</p>
<p>◆要介護(支援)認定者の医療費は非認定者と比較して高い傾向にあり、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ対象者が多い。</p>	<p>医療・介護データの連携を進め、フレイル予防、介護予防を行う。地域で一体となって高齢者の医療・介護・暮らしを支援する体制づくりに努める。</p>	<p>⑨高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施</p>

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画では下記8つの事業に取り組みます。中でも、以下の3つの事業について重点的に取り組みます。

- ①**特定健康診査受診勧奨事業:**
潜在化している対象者の掘り起こしのため、ナッジ理論を活用した受診勧奨
- ②**特定保健指導事業:**
生活習慣病の重症化予防のため、健診結果で生活習慣の改善が必要な方へ専門職による支援
- ③**糖尿病重症化予防訪問指導事業:**
無自覚なまま進行し、重症化しやすい糖尿病の重症化予防のため、血糖の精密検査が必要な方への受診勧奨・訪問指導

事業名	事業概要	評価指標	計画策定時 実績2022年 度(R4)	目標値 2028年度 (R11)	重要度 ・ 優先度
特定健康診査 受診勧奨事業	過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、セグメント分けした対象者群にナッジ理論を活用した効果的な受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	特定健康診査 受診率	51.4%	60%	◎
特定保健指導事業	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を抽出し、生活習慣や検査値の改善にむけ、専門職による支援を行う。なお、支援方法は、対面による面接の他、電話・手紙・SNSを活用する。	特定保健指導 実施率	39.9%	60%	◎
糖尿病重症化予防 訪問指導事業	特定健康診査の結果から「糖尿病精密検査回報書」を活用し、未受診者の受診勧奨を行う。	糖尿病回報書 受診率	69.1%	70%	◎
糖尿病予防セミナー・ 個別相談	高血糖者及び糖尿病治療者を対象とし、食事や運動指導を行う。	受講者の 実人数 ①セミナー ②個別相談	①未実施 ②29人	①25人 ②40人	○
健診異常値放置者への 医療機関受診勧奨事業	特定健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている対象者に、医療機関への定期的な通院を促す受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	健診異常値 放置者の減少	980人	900人	○
特定保健指導 未利用者対策事業	肥満・高血糖・高血圧・脂質異常を併せ持つ者（マルチプルリスクファクター保有者）に対し、訪問による生活実態把握や特定保健指導を行う。	マルチプルリ スクファク ター保有者の 減少率 (H28年比)	23.4%	25%	○
ヘルスアップセミナー	肥満などの生活習慣病の危険因子を有する対象者へ個別健康支援プログラムに基づいた運動や食事指導を実施する。	参加者数	39人	48人以上	○
さわやか健診	40歳未満の被保険者に対して健診機会を提供し、健診受診を意識付けるとともに、健診時及び健診後の保健指導の実施により生活習慣改善を促す。	国保男性受診 者のメタボ該 当者及び予備 群の割合	26.4%	25%	○
高齢者の保健事業と 介護予防の一体的な実施	前期高齢者以上を対象に、重症化予防訪問指導及び専門職による運動指導や保健指導が盛り込まれたプログラムを実施する。	①通いの場の 参加率 ②ハイリスク 者（糖尿病性 腎症）の割合	①16.5% ② 6.7%	①18% ② 6%	○

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号：① 特定健康診査受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	40歳以上の特定健康診査対象者のうち、健診未申込者・未受診者。
現在までの事業結果	平成31年度までは受診率は順調に伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和2年度に落ち込んだ。その後、受診勧奨は継続し、受診率は緩やかに上昇している。令和5年度より健診受診勧奨を外部委託で実施している。

目標

指標	評価指標	計画策定時実績 (ベースライン)	実績値	実績値	目標値
		2022年度 (R4)	2026年度 (R6)	2027年度 (R7)	2029年度 (R11)
中長期アウトカム (成果) 指標	特定健康診査受診率	51.4% (9,496人/18,471人)	53.7 (9,052人/16,870人)	未確定	60%
中長期アウトプット (実施量・率) 指標	特定健康診査対象者のうち未申込者の割合	20.3% (4,287人/21,082人)	18.9% (3,670人/19,469人)	19.1% (3,515人/18,403人)	18%
短期アウトカム (成果) 指標	①未申込者勧奨対象者受診率	① 3.7% (157人/4,215人)	①10.3% (378人/3,670人)	①10.4% (364人/3,515人)	①10%
	②未受診者健診対象者受診率	②13.1% (179人/1,362人)	②12.1% (181人/1,506人)	②13.3% (192人/1,446人)	②20%
短期アウトプット (実施量・率) 指標	①未申込者への通知 ②未受診者への通知	100% (①4,216人②1,36人)	100% (①3,670人②1,506人)	100% (①3,515人②1,446人)	100%

実施方法(プロセス)

- ・前年度12月に健診受診の意向調査を実施し、翌年度の健診について申込みの受付及び受け方の把握を行う。
- ・意向調査で未回答の方へ8月下旬に受診勧奨を行う。(未申込者勧奨)
- ・集団健診日程が全て終わった12月時点で未受診の方へ1月上旬に未受診者健診の勧奨を行う。(未受診者勧奨)
- ・対象者の特性別のグループ化において、過年度の医療機関受診状況を把握するために、レセプトデータも活用する。
- ・通知回数は未申込者、未受診者それぞれ1回とする。
- ・受診勧奨は対象者の特性を分析し、効果的な勧奨通知を作成するために事業を委託する。

評価方法

- 中長期アウトカム指標「特定健康診査受診率」は、法定報告における分子「特定健康診査受診者数」を分母「特定健康診査対象者数」で除して求める。
- 中長期アウトプット指標「特定健康診査対象者のうち未申込者の割合」は分子「未申込者勧奨通知の送付者」を分母「3月に一斉送付する受診券送付者」で除して求める。
- 中長期アウトカム指標「未申込者勧奨対象者受診率」及び「未受診者健診対象者受診率」は、分子「勧奨通知送付後受診した国保被保険者」を分母「勧奨対象となった国保被保険者」で除して求める。

事業番号：② 特定保健指導事業【継続】

事業の目的	内臓脂肪症候群および予備群の減少
対象者	特定健診受診者の内、腹囲・血圧・脂質・血糖値より生活習慣病の改善が必要と認められた方
現在までの事業結果	特定保健指導実施率は、平成31年度までは緩やかに伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和2年度には落ち込んでいる。その後、回復基調にあるものの、新型コロナウイルス感染症拡大前の状況には戻っていない。国が定める目標60%とは大きく乖離している。

目標

指標	評価指標	計画策定時実績 (ベースライン)	実績	実績	目標値
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2029年度 (R11)
中長期 アウトカム (成果) 指標	特定保健指導対象者率	9.74% (925人/9496人)	9.43% (854人/9052人)	未確定	20%
中長期 アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導利用勧奨率	100%	100%	未確定	100%
短期 アウトカム (成果) 指標	保健指導終了者の2kg体重減少率	32.7% (積極的) (20人/61人) 17.9% (動機付) (48人/268人)	22.0% (積極的) (11人/50人) 13.0% (動機付) (43人/330人)	未確定	35% (積極的) 18% (動機付)
短期 アウトカム (成果) 指標	特定保健指導実施率	39.9% (369人/925人)	44.5% (380人/854人)	未確定	60%
短期 アウトプット (実施量・率) 指標	LINE等SNSを活用しての支援件数	5件	8件	未確定	15件

実施方法(プロセス)

- ・健診会場での対象者への声掛けを行う。
- ・SNSを活用した保健指導を行うことで時間がない方や若い方が参加しやすい体制を整える。
- ・保健指導の委託機関と連携し、会議や研修会を重ねることで保健指導のスキルアップを図る。

評価方法

- 中長期アウトカム指標「特定保健指導対象者率」は、分子「特定保健指導対象者数」から分母「特定健康診査受診者数」を除いて求める。
- 短期アウトカム指標「保健指導終了者の2kg体重減少率」は、分子「特定保健指導終了者のうち2kg体重減少した人数」を分母「特定保健指導終了者数」で除して求める。なお、動機付については、R4計画時点17.9%に対し、目標値を18%としたことについては、R4の実績値は目標値まで0.1%であるものの、R3以前を見ると平均で16%台であり、過去5年間の推移を鑑み、達成可能な目標値とした。中間評価時に改めて目標値を検討する。
- 短期アウトカム指標「特定保健指導実施率」は法定報告における分子「特定保健指導終了者数」を分母「特定保健指導対象者数」で除して求める。

事業番号：③ 糖尿病重症化予防事業【訪問指導事業】【継続】

事業の目的	糖尿病予防及び重症化予防
対象者	特定健診（国保）の血糖検査において下記の項目に該当する者（40～74歳） 空腹時110mg/dl以上又はヘモグロビンA1c6.0%以上。空腹時優先。 ※鶴岡市では予防の観点から、血糖値が基準値よりやや高い段階で精密検査を受診すること、早期に生活習慣の改善が図られるよう、独自の基準を設けている。
現在までの事業結果	訪問を中心とした受診勧奨・保健指導を継続して取り組んできた成果として、糖尿病精密検査受診率は年々上昇し、H29年度以降は70%を超え、R2年度は81%に達した。しかし、コロナ禍の影響もあってかR3年度より受診率の落ち込みが見られている。

目標

指標	評価指標	計画策定時実績 (ベースライン)	実績	実績	目標値
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2029年度 (R11)
中長期 アウトカム (成果) 指標	糖尿病有病者の割合	13.2% (3,427人/25,889人)	13.1% (3,148人/23,944人)	12.8% (2,965人/23,083人)	13%
短期 アウトカム (実施量・率) 指標	糖尿病精密検査受診率	69.1% (1,015人/1,469人)	68.5% (806人/1,177人)	62.3% (484人/777人)	70%
短期 アウトプット (実施量・率) 指標	未受診者への受診勧奨実施率	100% (延525人)	100% (延363人)	100% (延164人)	100%

実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の結果から高血糖の者に対し「糖尿病精密検査回報書」を発行し、精密検査受診勧奨を行う。 ・健診受診4か月後において精密検査未受診者へ、訪問、電話、通知等による受診勧奨を行う（対象者の状況にあわせ、訪問後に電話や通知勧奨を加えるなど、複数回勧奨を行う場合あり）。さらに、健診受診6か月後においても精密検査未受診者に対し、再度通知勧奨を行う。 ・血糖値が高く尿蛋白やeGFRが基準より高い者も、糖尿病腎症重症化予防の視点で、訪問等で受診状況等の実態を把握し、受診勧奨及び生活指導を行う。

評価方法

<p>糖尿病精密検査回報書の返信状況及びレセプトデータより、医療受診状況を確認する。</p> <p>○中長期アウトカム指標「糖尿病有病者の割合」はKDBシステム（帳票：厚生労働省様式3）より、該当年の4月～3月分データから年平均を算出し求める。なお、R4計画時点69.1%に対し、目標値を70%としたことについては、年度によって対象者も変化するため、達成可能な目標値とした。中間評価時に改めて目標値を検討する。</p> <p>○短期アウトカム指標「糖尿病精密検査受診率」は、分子「精密検査回報書の返信及びレセプトデータより、医療受診を確認できた者」を分母「糖尿病精密検査回報書を発行した者」で除して求める。</p>

事業番号：④ 糖尿病重症化予防事業【糖尿病予防セミナー・個別相談】【継続】

事業の目的	糖尿病予防及び重症化予防
対象者	高血糖者及び糖尿病治療者 概ね75歳未満の者
現在までの事業結果	平成28年より糖尿病予防セミナーを実施していたが、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、令和2年度より個別相談として実施。令和5年度は両事業を実施している。セミナー開催回数が年3回から1回となり、受講者数には限度があるが、受講者は24名と1回当たりの人数としては多い状況である。

目標

指標	評価指標	計画策定時実績 (ベースライン)	実績	実績	目標値
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2029年度 (R11)
中長期アウトカム (成果) 指標	糖尿病有病者の割合	13.2% (3,427人/25,889人)	13.1% (3,148人/23,944人)	12.8% (2,965人/23,083人)	13%
短期アウトカム (成果) 指標	3か月後食行動変容者の割合 (①セミナー・②個別相談)	① 未実施 ② 88.9% (8人/9人)	①60.0% ②83.3%	①未実施 ②67%	① 70% ② 70%
短期アウトプット (実施量・率) 指標	受講者の実人数 (①セミナー・②個別相談)	①未実施 ② 29人	①22名 ②27名	①38人 ②18人	① 25人 ② 40人

実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・セミナーは1コース2回の短期実践型プログラム。定員は30名。 ・セミナー内容は、医師講義(地区医師会糖尿病部会)、運動講義と実技。 ・継続支援として、セミナー終了後3か月後にアンケートを送付。 ・セミナー受講後のフォローとしては個別相談を紹介し対応する。個別相談は週1回(4枠)通年実施。両事業とも、 ・医療機関へのチラシ等の設置、前年度健診結果による個別DMで周知・募集している。
--

評価方法

<p>○中長期アウトカム指標「糖尿病有病者の割合」はKDBシステム(帳票:厚生労働省様式3)より、該当年の4月~3月分データから年平均を算出し求める。</p> <p>○短期アウトカム指標「3か月後食行動変容者の割合」は分子「回答者中の食行動変容者数」を分母「回答者数」で除して求める。なお、R4計画時点88.9%に対し、目標値を70%としたことについては、年度によって対象者も変化するため、達成可能な目標値とした。中間評価時に改めて目標値を検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者数(DM送付数)、受講者数を確認する。 ・両事業とも、受講後のアンケートにて、行動変容を評価する。
--

事業番号：⑤ 健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業【継続】

事業の目的	健診異常値放置者の減少
対象者	①特定健康診査受診者のうち、血糖・血圧・脂質・eGFRいずれかの値が受診勧奨判定値に達しているが、医療機関を受診していない者 ②糖尿病通院中の患者で最終受診から6か月を経過しても受診記録がない者
現在までの事業結果	平成31年度より、生活習慣病及び糖尿病性腎症重症化予防事業の一環として、健診異常値放置者への医療機関受診勧奨を民間事業者に委託し、実施している。

目標

指標	評価指標	計画策定時実績 (ベースライン)	実績		目標値
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2029年度 (R11)
中長期アウトカム (成果) 指標	健診異常値放置者数 糖尿病治療中断者数	980人 38人	820人 32人	885人 30人	900人 30人
短期アウトカム (成果) 指標	健診異常値放置者の医療機関受診率 糖尿病治療中断者の医療機関受診率	47.9% (438人/980人) 26.3% (10人/38人)	11.8% (51人/432人) 12.5% (4人/32人)	10.8% (48人/444人) 13.3% (4人/30人)	50% 25%
短期アウトプット (実施量・率) 指標	健診異常値放置者及び糖尿病治療中断者への受診勧奨実施割合	100%	100%	100%	100%

実施方法(プロセス)

- レセプトと健診データより対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。
- 当該対象者に医療機関へ定期受診を促す通知文書を郵送する。
- 3年連続して対象となった対象者へより強いメッセージ性のある勧奨通知を送付する。
- 受診勧奨後の3か月分のレセプトデータを確認し、効果を検証する。
- 対象者の分析及び効果的な勧奨のため民間事業者に委託し実施する。

評価方法

- 中長期アウトカム指標「健診異常値放置者の割合」の「健診異常値放置者」は健診結果から抽出された対象者のうち、がん、精神疾患、難病、認知症等の方を除いた者の数とする。
- 中長期アウトカム指標「糖尿病治療中断者の割合」の「糖尿病治療中断者」は過去5年間に糖尿病の病名があるレセプトが発生している者のうち、直近6か月で糖尿病名及び治療薬が発生していない者で、さらに、がん、精神疾患、難病、認知症等の方を除いた者の数とする。なお、R4計画時点26.3%に対し、目標値を25%としたことについては、年度によって対象者は変化すること、また、過去4年間の推移を鑑み、達成可能な目標値とした。中間評価時に改めて目標値を検討する。
- 短期アウトカム指標「医療受診率」は分子「3か月分のレセプトデータで確認できた医療機関受診者数」を、分母「各勧奨通知送付者数」で除して求める。

事業番号：⑥ 特定保健指導未利用者対策事業【継続】

事業の目的	未利用者の生活状況の実態把握と特定保健指導実施率向上
対象者	特定保健指導対象者で利用を拒否した者の内、マルチプルリスクファクター保有者（血圧・脂質・血糖の複数の検査値が保健指導判定値以上の者）。
現在までの事業結果	平成26年度より訪問等による利用勧奨を開始し、特定保健指導利用率は、平成31年度までは順調に伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和2年度には落ち込んでいる。その後、ゆるやかな回復基調にあるものの、新型コロナウイルス感染症拡大前の状況には戻っていない。

目標

指標	評価指標	計画策定時実績 (ベースライン)	実績	実績	目標値
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2029年度 (R11)
中長期アウトカム (成果) 指標	マルチプルリスクファクター保有者の減少率 (H28年比)	23% (171人→131人)	19.3% (138人)	未確定	25%
中長期アウトプット (実施量・率) 指標	訪問・電話等での支援実施率	94.6% (53人/56人)	76.5% (39人/51人)	未確定	100%
短期アウトカム (成果) 指標	指導終了者の2kg体重減少率	28.6% (積極的) (2人/7人) 0% (動機付) (0人/8人)	40% (積極的) (2人/5人) 30% (動機付) (3人/10人)	未確定	30% (積極的) 10% (動機付)
短期アウトカム (成果) 指標	特定保健指導利用率	26.8% (15人/56人)	29.4% (15人/51人)	未確定	28%

実施方法(プロセス)

- ・KDBシステムからリスク保有者を抽出し、特定保健指導実施者を除外して対象者を選別する。
- ・訪問や電話等による支援を実施する。

評価方法

中長期アウトカム指標「マルチプルリスクファクター保有者」は、基準年度の「平成28年度対象者数171名」から「該当年度の対象者」を差し引き、「平成28年度対象者数」で除することで求められる。

○中長期アウトプット指標「訪問・電話等での支援実施率」は、分子「電話等実施者数」を分母「未利用者事業対象者数」で除して求める。

○短期アウトカム指標「指導終了者の2kg体重減少率」は、分子「未利用者事業実施者のうち終了時体重2kg減少した人数」を分母「未利用者事業対象者」で除して求める。

○短期アウトカム指標「特定保健指導利用率」は、分子「未利用者事業支援者で特定保健指導終了者人数」を分母「未利用者事業支援者人数」で除して求める。

事業番号：⑦ ヘルスアップセミナー事業【継続】

事業の目的	生活習慣病予防の一次予防の推進（肥満者の減少）
対象者	40～69歳のBMI23～30、又は腹囲男性85cm、女性90cm以上の者のうち、過去にヘルスアップセミナーを受講したことがない者。
現在までの事業結果	国保加入者と特定健診受診者の減少、またセミナー該当者が減っておりセミナー参加者数の伸び悩みがみられる。セミナーでは12週間個別保健指導プログラムにより参加者の体重減少率は目標を達成している。セミナーの男性参加者が少ないこともあり、男性肥満者の割合は目標値に達していない。

目標

指標	評価指標	計画策定時実績 (ベースライン)	実績	実績	目標値
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2029年度 (R11)
中長期アウトカム (成果) 指標	肥満者の割合 (40～64歳でBMI25以上)	①男性：40.1% (561人/1,399人) ②女性：25.8% (373人/1,433人)	①39.6% (554人/1,400人) ②24.9% (359人/1,444人)	未確定	①35%以下 ②20%以下
短期アウトカム (成果) 指標	参加者数	39人	29人	38人	48人以上
短期アウトカム (成果) 指標	3kg以上減少達成率	41.0% (16人/39人)	25.0%	17.6%	35%以上
短期アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への通知	100%	100%	100%	100%

実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援プログラムによる食事・運動を主体とした3か月集中セミナー（1コース8回、募集人数各24人）の午前と夜の2コース。 ・セミナー内容は、体組成測定・個別面接・講義（疾病・食事・運動）・グループ学習・運動実技及び定着化・軽トレーニングルーム利用促進等。

評価方法

<ul style="list-style-type: none"> ○中長期アウトカム指標「肥満の割合」は、分子を「健診結果から抽出された、40～64歳のBMI25以上の国保被保険者」とし、分母を「40～64歳の国保被保険者」で除して求める。 ○短期アウトカム指標「3kg以上減少達成率」は分子を「参加者のうち3kg以上減少した者」とし、分母「参加者数」で除すことで求められる。 ○短期アウトプット指標「対象者への通知」の「対象者」は国保加入者の肥満者で過去にヘルスアップセミナーを受講したことがない者としている。

事業番号：⑧ さわやか健診【継続】

事業の目的	若年者の内臓脂肪症候群の早期発見による生活習慣病の予防
対象者	40歳未満の被保険者（職場や学校で健診機会がある者を除く）
現在までの事業結果	若年者の健康診査を実施し、健康づくりへの意識啓発と健康の自己管理能力向上を支援するもの。 レディース健診6回、メンズ健診3回、 未受診者健診（特定健診未受診者健診と同時実施）5回

目標

指標	評価指標	計画策定時実績 (ベースライン)	実績		目標値
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2029年度 (R11)
中長期アウトカム (成果) 指標	男性受診者のメタボ（内臓脂肪症候群）予備軍・該当者の割合	26.4% (39人/148人)	44.1% (56人/127人)	37.9% (44人/116人)	25.0%
短期アウトカム (成果) 指標	31-39歳の受診率	男性 17.0% (126人/743人) 女性 21.6% (114人/528人)	男性 18.1% (117人/645人) 女性 21.4% (99人/463人)	男性 15.9% (105人/662人) 女性 24.7% (113人/458人)	男性 20% 女性 25%
短期アウトプット (実施量・率) 指標	申込者のうち受診した人の割合	男性 87.6% (148人/169人) 女性 89.1% (139人/156人)	男性 80.4% (127人/158人) 女性 89.9% (124人/138人)	男性 78.4% (116人/148人) 女性 85.1% (143人/168人)	男性 90% 女性 90%
短期アウトプット (実施量・率) 指標	男性肥満者への3か月後フォロー実施率	100% (39人)	100% (56人)	100% (44人)	100%

実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・前年12月の健診意向調査、市広報、ホームページ等で申込を受付する。 ・未申込の31～39歳の方や前年度受診者へ勸奨通知を送付し周知を行う。 ・男女別の健診を実施する。（女性の健診時には受診しやすいように託児を設ける。） ・当日保健指導を全員に実施し、特に男性肥満者には3か月後にSNSを活用した状況把握及び指導を実施する。

評価方法

<p>○中長期アウトカム指標「男性受診者のメタボ予備軍・該当者の割合」は国保被保険者の男性受診者のうち、BMI：25、腹囲：85cm以上の人の割合で求められる。該当者の割合が減少することは、若年者の生活習慣病の予防と自己管理能力の向上につながっていると評価することができる。なお、R4計画時点26.4%に対し、目標値を25.0%としたことについては、年度によって受診者も変化するため、達成可能な目標値とした。中間評価時に改めて目標値を検討する。</p> <p>○短期アウトカム指標「31-39歳の受診率」は分子「31-39歳国保被保険者の受診者数」を分母「31-39歳国保被保険者数」で除して求める。</p> <p>○短期アウトプット指標「申込者のうち受診した人の割合」は分子「申込をした国保被保険者」を分母「国保受診者」で除して求める。</p>

事業番号：⑨ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業【新規】

事業の目的	生活習慣病等の重症化予防訪問指導（ハイリスクアプローチ）と、通いの場を利用して、高齢者向けの運動や生活指導を組み合わせたフレイル予防プログラム（ポピュレーションアプローチ）を実施する
対象者	65歳以上の国保被保険者及び後期高齢者医療被保険者
現在までの事業結果	令和4年度より一体的事業を開始。既に長寿介護課で取り組んでいた、百歳体操や通いの場でのフレイル予防の講話に加えて、健康課で、後期広域連合より提示された対象リストを確認し、重症化予防訪問指導事業を行っている。

※通いの場：地域の住民同士が気軽に集い、一緒に活動内容を企画し、ふれあいを通して、「生きがいがづくり」「仲間づくり」の輪を広げる場所。地域の介護予防の拠点となる場所。

目標

指標	評価指標	計画策定時実績 (ベースライン)	実績		目標値
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2029年度 (R11)
中長期アウトカム (成果) 指標	①通いの場の参加率 ②ハイリスク者（糖尿病性腎症）の割合	①16.5% (7,180人/43,393人) ②6.7% (1,552人/23,252人)	①16.1% (6,957人/42,948人) ②5.1% (1,219人/24,084人)	①16.6% (7,124人/42,794人) (見込み) ②5.0% (1,209人/24,281人)	①18.0% ②6.0%
中長期アウトプット (実施量・率) 指標	①いきいき百歳体操活動団体への支援回数・人数 ②訪問指導事業取組項目数	①189回・1,934人 ②1項目	①203回・2,030人 ②3項目	①201回・2,031人 (R8.3.19時点) ②4項目	①200回・2,000人 ②3項目
短期アウトカム (成果) 指標	重症化予防訪問指導：精検未受診・治療中断者のうち受診につながった者の割合	35.4% (17人/48人)	50% (25人/50人)	43% (25人/58人)	36.0%
短期アウトプット (実施量・率) 指標	重症化予防訪問指導実施割合	100% (48人)	98% (49人)	100% (58人)	100%

実施方法(プロセス)

- ・重症化予防訪問指導事業：後期広域連合から示されたハイリスク該当者に訪問し適切な受診につなげる。
- ・フレイル予防事業：いきいき百歳体操での質問票の活用と体力測定を実施する。参加者にたいして運動・栄養・口腔等専門職による指導を行う。

評価方法

○中長期アウトカム指標「住民主体通いの場の参加率」は、分子「通いの場に参加している65歳以上の高齢者の人数」を分母「65歳以上の高齢者の人口」で除して求める。高齢者が気軽に集まり、交流・社会参加・体操などができる通いの場が増えることで、生きがいがづくり、居場所づくりにつながり、社会参加への意欲を高めることができ、活動的な高齢者の増加、介護予防に寄与していることを意味する。

○中長期アウトカム指標「ハイリスク者（糖尿病性腎症）の割合」は、分子「ハイリスク者（糖尿病性腎症）」を分母「被保険者数」で除して求める。

○短期アウトカム指標「精検未受診・治療中断者のうち受診につながった者の割合」は、分子「受診者」を分母「精検未受診・治療中断者」で除して求める。